Rok XXXVII. Kraków 13. Sierpnia 1898. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O związku dermatologii z medycyną.

Wykład wstępny, wypowiedziany przy otwarciu kliniki skórno-kiłowej w Uniwersytecie lwowskim w dniu 25 maja 1898 r.

przez

Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza.

Obejmując z woli Jego Cesarskiej Mości tę katedrę, poczuwam się w tej uroczystej chwili do obowiązku złożenia mego podziękowania świetnemu gronu profesorów Wydziału lekarskiego, za przedstawienie mej kandydatury na katedrę dermatologii, w tak dla mnie zaszczytny sposób.

Rozpoczynając czynność nauczycielską w ojczystym kraju, świadomy jestem trudności, które mnie oczekują. Okoliczność ta budzi we mnie nader poważne uczucia. W miejscu mojej dotychczasowej działalności profesorskiej doznawałem poparcia ze strony znakomitych, te same cele wiedzy mających na oku kolegów, a życzliwej przychylności ze strony uczącej się młodzieży i mieszkańców kraju. Nadzieja pozyskania tych cennych czynników dla podjętej pracy w kraju ojczystym napawa mnie w tej chwili otuchą. Jednakowoż, aby wypełnić zadanie, które obecnie podejmuję, nieodzowną jest do tego klinika, odpowiadająca teraźniejszemu stanowisku naszej nauki, które dziś postanowiłem wyłuszczyć. Niestety, zakład tutejszy nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom w tym kierunku. Zupełnie nie wytrzymuje on porównania z wzorową kliniką, którą opuściłem w Innsbruku. Miasto to nieszczędziło kosztów w dobrze zrozumianym interesie, aby katedrę dermatologii wyposażono równorzędnie z innemi klinikami.

Świetne warunki zewnętrzne w opuszczonej przezemnie klinice wzbudzały we mnie to silne poczucie, iż właśnie w tej monarchii zakwitła szkoła dermatologiczna, z której lekarze świata całego czerpią wykształcenie zawodowe. Twórcą jej był Ferdynand Hebra. Pomijając przebrzmiały impuls Plencka w Wiedniu, z końca zeszłego wieku, który w r. 1779 wydał dzieło p. t. „Doctrina de morbis cutaneis“, to właściwie dopiero Hebra z końcem pierwszej połowy stulecia zwrócił uwagę w Austryi na nasz przedmiot. Przedtem istniało nawet w klinice męża tej miary co Skoda jedyne rozpoznanie dla chorób skórnych, to jest świerzb. Choroby te lekceważono i poruczano je jako coś podrzędnego, młodszym lekarzom w klinikach wiedeńskich. Działalności Hebry należy głównie zawdzięczać, iż w krótkim stosunkowo czasie utworzono mnogie kliniki dermatologiczne, częstokroć wzorowe. Hebra oparł się na badaniach ściśle naukowych, walcząc ze znakomitem powodzeniem przeciw całemu ogromowi przesądów (humoralnej patologii), obciążających, jako prawdziwy balast, wiedzę lekarską. Było to tylko możliwem przy wszechstronnem, a nader gruntownem wykształceniu lekarskiem tego męża. Hebra porównywał sprawy chorobowe, które dokładnie śledził w narządzie skórnym, z najnowszemi zdobyczami nauki lekarskiej i na ich podstawie wyjaśniał je i klasyfikował. To wszechstronne traktowanie nauki naszej sprawiło, iż szkoła dermatologiczna austryacka zapanowała w świecie. Niema dzisiaj niemal wybitniejszego dermatologa na kuli ziemskiej, któryby nie czerpał z tego skarbca. Zetknąłem się nawet z wielu najwybitniejszymi przedstawicielami innych gałęzi wiedzy lekarskiej, którzy podnosili z dumą, iż uzupełniali w szkole Hebry swoje wykształcenie zawodowe.

Świerzb, jako choroba w naszem dzisiejszem pojęciu, był początkiem studyów Hebry. Wykazując z właściwą sobie bystrością pasorzyta, jako etyologiczny czynnik tej choroby, uważanej przedtem za wypływ diatezy krwi, położył Hebra tem samem podwalinę dla nowej dermatopatologii. Po świerzbie przyszła kolej na wyprysk (eczema). W pojmowaniu tej choroby Hebra sprawił również przewrót zupełny, wyjaśniając wielopostaciowość objawów i różnorodność przyczyn chorobowych.

Jak znakomitą była ta praca na owe czasy, dowodzi ta okoliczność, iż jeden z najpoważniejszych dzisiejszych dermatologów, Neisser w Wrocławiu, świeżo na niemieckim kongresie dermatologicznym r. 1890, stanął znów po tylu latach, przy rozprawach nad wypryskiem, na pierwotnem stanowisku Hebry. Podobnie, jak w przytoczonych przykładach, odkrył ten wielki reformator, przez staranne spostrzeganie przebiegu i studyowanie podstaw patologicznych, rozliczne nowe pojęcia chorobowe. Nie tutaj miejsce i czas, abym je mógł omówić szczegółowo, lecz podnoszę tę okoliczność na dowód ścisłego związku naszej nauki z medycyną w ogóle. Wspomnieć jeszcze muszę o klasycznym atlasie chorób skórnych, który zawdzięczamy tym epokowym studyom Hebry, a który to atlas stał się nieodzownym dla nauki. Nie zdołały go prześcignąć ani klasyczne odlewy Baretty w paryskim szpitalu św. Ludwika, ani też równie dobre wyroby Dr. Henniga, wprowadzone za staraniem Kaposiego w wiedeńskiej klinice. Równocześnie z atlasem opracował Hebra, wraz ze swoim późniejszym następcą, a moim szanownym nauczycielem Kaposim, znakomite dzieło o chorobach skórnych, który zawiera prawdziwy skarb wiedzy i spostrzeżeń. To dzieło, dziś jeszcze dla każdego dermatologa nieodzowne, przetłómaczono niemal na wszystkie języki europejskie. System chorób skórnych, zawartych w tem dziele, jest dotąd nicią przewodnią w naszej nauce. Wszelkie zaś późniejsze usiłowania, aby stworzyć coś niezawisłego i oryginalnego w tym kierunku, jak n. p. utalentowanego ucznia Hebry, Auspitza, pozostały płonnemi. Wiele faktów

z dziedziny dermatologii, podawanych dzisiaj, jako nowe zdobycze na tem polu, znajdzie uważny czytelnik w tem dziele, wydanem przed ćwierć wiekiem. Nie mogę też przemilczeć, iż gdyby ogół dermatologów trzymał się zawsze tej, przez mistrza wytyczonej drogi krytycznej, to z pewnością uniknęlibyśmy często zamieszania, powodowanego żądzą stwarzania nowych typów chorobowych.

Niestety, właśnie brak klinicznego wykształcenia i powierzchowność w rozpoznawaniu, sprawiły, iż opisywano „nowe“ dermatozy w przypadkach, które wytrawny badacz odnieść musi jako należące do dobrze znanych schorzeń. Rozwój dalszy dermatologii, jej naukowe zdobycze, będziemy poznawać wśród naszej codziennej wspólnej pracy. Dziś wspomniałem tylko o powstaniu szkoły dermatologicznej w Austryi, ażeby podnieść, iż ona zawdzięcza osiągnięte wyniki głównie tej okoliczności, iż twórca jej oparł się na anatomii patologicznej, patologii ogólnej, histologii i fizyologii, zużytkowując najnowsze ich zdobycze do prac nad chorobami skórnemi. Już z tego wynika związek dermatologii z teoretycznemi gałęziami nauki lekarskiej i potrzeba głębszego z niemi zapoznania się, dla nauki chorób skórnych. Wszak aby zrozumieć patologię chorób skórnych niezbędną do tego jest rzeczą dokładna znajomość anatomii i fizyologii samego organu. Ponieważ dalej, sprawy chorobowe w skórze przebiegają podobnie jak w innych narządach, więc nasza nauka wymaga także zapanowania nad ogólną patologią i anatomią patologiczną. Badanie drobnowidowe wyciętej skóry rozstrzyga częstokroć najdokładniej o rozpoznaniu, rokowaniu, i leczeniu. Nowe odkrycia w wymienionych gałęziach niemiernie przyczyniły się do rozwoju dermatologii.

Wspomnieć tu jeszcze należy o rozlicznych na tem polu badaniach naszego rodaka Biesiadeckiego. Nasza nauka spłaca dług zaciągnięty również sumiennie, gdyż wiele nowszych zdobyczy na polu anatomii prawidłowej, patologicznej i fizyologii skóry, zawdzięcza swoje powstanie właśnie studyom dermatologicznym. Ona to wyjaśnia częstokroć przyczynę chorób, której anatomia patologiczna sama wytłómaczyć nie zdoła, że przytoczę tylko właśnie najstarsze: świerzb, odkrycie i zbadanie roślinnych pasorzytów skórnych. Odkrycia te obaliły *psorę* i *dyskrazyę*, stawiając humoralną patologię w prawdziwem świetle. One też przygotowały niejako podstawy dla świetnych badań na polu etyologii chorób zakaźnych.

Znamy dzisiaj wiele spraw chorobowych w skórze jako następstwo dostania się drobnoustrojów do organizmu. Pomijając pleśnie, wymienię tylko prątki gruźlicy, trądu, twardzieli, nosacizny, zarazka promienicy, *bouton d'Alepp*, rzeżączki itd., abyśmy uprzytomnili sobie, o ile bakteryologia jest niezbędną dla naszych celów, jako też, ile nasza nauka poczyniła odkryć w tej dziedzinie.

Na poznaniu przyczyn chorobowych opiera się nauka higieny, zapobiegającej powstawaniu chorób. Ponieważ zaś dermatologia, podobnie jak każda praktyczna gałęź nauki lekarskiej, upatruje swój ostateczny cel w zapobieganiu chorobom, więc z tych względów wynika jej ścisła łączność z higieną. Na poparcie tego niechaj posłużą usiłowania naszych przedstawicieli zawodowych, składane tak w poszczególnych pracach, jak i na kongresach, a mające na celu zapobieganie szerzeniu się kiły, rzeżączki, trądu i rozlicznych chorób zakaźnych skóry z takich ognisk, jak nieodpowiednio urządzone szpitale, golarnie, restauracye, kawiarnie i t. p. Że usiłowania te nie odniosły dotąd skutku odpowiedniego swej doniosłości, a tem samem nie zmniejszyły nędzy ludzkiej w tym stopniu, jak by to było możliwem przy uwzględnieniu ich przez odpowiednie władze, wina za to nie leży po stronie naszej nauki, lecz zawiniły państwa lub kraje, które liczą się mało, lub wcale nie liczą z temi praktycznemi zdobyczami wiedzy.

(Dokończenie nastąpi).

II. O szerzeniu się zimnicy i możliwości skutecznego zapobiegania jej endemiom

podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki pedyatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Od najdawniejszych czasów wiedziano, że rozmieszczenie geograficzne zimnicy pozostaje w pewnym związku z okolicami bagnistemi. Powstawanie choroby przypisywano pierwotnie działaniu wyziewów bagiennych, wdechiwanych przez człowieka i działających w ten sposób szkodliwie na jego ustrój. Dopiero gdy Laveran odkrył pasorzyty zimnicze, stało się jasnem, że nie idzie tu o szkodliwości nieuorganizowane i zaczęto wtedy gorączkowo przeszukiwać wodę w okolicach bagnistych, a następnie także powietrze, rośliny i zwierzęta, czy nie zawierają tworów podobnych. Wszystkie te poszukiwania były bezowocne. Mimoto utarło się i dotychczas się utrzymuje, mianowicie między lekarzami praktycznymi, zapatrywanie, że woda okolic bagnistych jest nośnikiem czynnika działającego przy zimnicy, a wprowadzona do przewodu pokarmowego wywołuje zakażenie. Nie trudno o spostrzeżenia, które to zapatrywanie, pozornie przynajmniej, popierają; ba, nawet podawano, że po wprowadzeniu przypadkowem wody bagiennej do pochwy, lub kiszki stolcowej, występowała nagle zimnica. Można jednak mieć uzasadnione podejrzenie, że w wielu podobnych przypadkach nie chodziło o zimnicę, tylko o inne choroby zakaźne, gdyż badań krwi najczęściej nie robiono. Odnosiłoby się to n. p. do opisanej przez Boudina epidemii, wybuchłej na pewnym okręcie francuskim na pełnem morzu, skutkiem używania wody zaczerpniętej w Marsylii (dur brzuszny?). Tam zaś, gdzie spostrzeżenia tyczą się rzeczywiście zimnicy, pomięszano niewątpliwie *post hoc* z *propter hoc*, jak za tem przemawia z jednej strony okoliczność, że wstrzymywanie się od picia wody surowej nie uchroni w okolicach zimniczych od nabycia choroby i, że istnieją ogniska zimnicze, mające dobrą, źródlaną wodę do picia, — z drugiej cały szereg doświadczeń, mianowicie autorów włoskich, którzy przez podawanie wody z bagien, nigdy nie zdołali sprowadzić zakażenia.

Ostatecznie musiano się znowu zwrócić do powietrza i przypuszczać, że czynnik chorobowy, który do niego przechodzi z bagien, wnika następnie do ustroju drogami oddechowemi. Zapatrywanie to, najlepiej się godzące ze wszystkiemi zjawiskami, ma dziś najwięcej zwolenników.

Pod tym względem istniała więc do niedawna zgodność między autorami, że pasorzyty zimnicze żyją w wo-

dach stojących, i ztąd, za pośrednictwem samej wody, czy też powietrza, mogą się dostawać do ustroju ludzkiego. To też znajomość nasza pasorzytów zimniczych ma być według autorów niezupełna i jednostronna, bo nie znamy pod jaką postacią znachodzą się one w przyrodzie.

Przeciwnie, napotkamy na zdania sprzeczne, gdy nam będzie chodzić o odpowiedź na pytanie, czy ruch może się także odbywać w kierunku odwrotnym, czy pasorzyty zimnicze z ustroju ludzkiego mogą przechodzić do zewnętrznego świata? Próby hodowania pasorzytów zimniczych nawet w warunkach najbardziej zbliżonych do tych, jakie się znajdują we krwi krążącej, zupełnie spełzły na niczem. Jeżeli w takich idealnych warunkach pasorzyty te giną, to jakże można przypuścić, aby mogły wytrzymać walkę o byt w przyrodzie. Sprawę starano się uratować przypuszczeniem, że pasorzyty zimnicze nie żyją w świecie zewnętrznym, jako saprofity, lecz pasorzytują na innem jakiemś zwierzęciu, lub roślinie, a Ross[1]) znajdował nawet w komórkach żołądkowych u mustyków brunatnych, nakarmionych zimniczą krwią ludzką, twory z melaniną i sądził, że odkrył tę postać pasorzytów zimniczych, w jakiej one żyją poza ludzkim ustrojem. Wobec wrażliwości pasorzytów zimniczych na różne niekorzystne wpływy zewnętrzne, mianowicie zaś na zimno, trudno jednak przypuścić, żeby tu mogło chodzić o rzeczywiste pasorzytowanie, połączone ze zdolnością do rozwoju i rozmnażania się. Z drugiej strony nie podobna przypuścić, żeby drobnoustroje te mogły żyć dłuższy czas życiem utajonem, gdyż nie posiadają potrzebnych do tego postaci trwałych.

Toteż nie brak i takich badaczy, którzy przyjmują, że wędrówka pasorzytów zimniczych między światem zewnętrznym, a krwią człowieka, odbywa się tylko w jednym kierunku, że pasorzyty, dostawszy się raz do ustroju ludzkiego, tak się odzwyczajają od ciężkiej walki o byt, jaką musiały toczyć w przyrodzie, że do niej nie są już później zdolne. Ale i to nie da się przyjąć. Badanie pasorzytów zimniczych wykazuje, że są one nadzwyczaj dokładnie przystósowane do warunków, jakie znajdują w ustroju ludzkim, nie podobna więc przypuścić, żeby się do krwi dostawały przypadkowo, nieprzygotowane; przeciwnie, na wytworzenie takiego przystósowania musiały pracować całe wieki następujących po sobie pokoleń.

Wspomnieć wreszcie muszę o spostrzeżeniach, nie zbyt licznych, co prawda, ale pochodzących także i z nowszych czasów, świadczących o bezpośredniej zakaźności zimnicy, co już zupełnie nie dałoby się pogodzić z omawianą teoryą pasorzytniczo-miazmatyczną. Osoby, które nigdy w okolicach zimniczych nie przebywały, zapadały na zimnicę, mieszkając z osobami choremi, przybyłemi z okolic zimniczych.

Jak widzimy, przyjmując, że pasorzyty zimnicze żyją poza ustrojem ludzkim w przyrodzie, wpadamy z jednego nieprawdopodobieństwa w drugie. Wobec tego musimy sobie zadać pytanie, czy zapatrywanie to jest jedynem, możliwem do przyjęcia; czy niema z tej zawiłej kwestyi innego jeszcze wyjścia.

Istnieje tylko jeden sposób powstawania zimnicy, stwierdzony naukowo i nie podlegający najmniejszej wątpliwości, mianowicie, przeniesienie choroby przez przeszczepienie krwi człowieka chorego na zdrowego, najlepiej wprost do żyły. Sądzę, że fakt ten niezbity powinien stanowić punkt wyjścia dla naszych rozmyślań. Jeżeli go zestawimy z dwoma innymi, mianowicie, że pasorzyty zimnicze poza ustrojem ludzkim szybko obumierają i że dotychczas nigdzie w świecie zewnętrznym ich nie wykryto, co, bądź co bądź, czyni prawdopodobnem, jeżeli nie pewnem, że rzeczywiście poza krwią ludzką nigdzie żyć nie mogą, to mimo woli musimy się zapytać, czy coś podobnego, co my uskuteczniamy sztucznie zapomocą strzykawki, nie może się odbywać w przyrodzie. Możebność taka niewątpliwie istnieje, gdyż rolę pośredników mogłyby odgrywać owady ssące krew. Kto zna znaczenie owadów w przenoszeniu pyłku roślinnego, kto wie, że bez nich istnienie wielu rodzajów roślin byłoby niemożebnem, temu myśl podobna nie wyda się zbyt śmiałą. Owadom przypisuje się zresztą w ostatnim czasie rolę w przenoszeniu wielu chorób zakaźnych człowieka i zwierząt, a najbliżej zimnicy stojąca choroba zwierząt, gorączka teksańska u bydła rogatego, polegająca podobnie jak zimnica na obecności we krwi osobnego pasorzyta zwierzęcego, żyjącego w ciałkach czerwonych (pyrosoma bigeminum), przenoszoną bywa, jak to Smith[2]) udowodnił przez kleszcze (ixodes). Zwierzęta sprowadzone z okolic wolnych od zarazy, zapadają tylko wtedy na chorobę, gdy dostaną się na nie młode kleszcze wylęgłe z jaj kleszczy dojrzałych, które żywiły się krwią bydła chorego.

Co do zimnicy, to ze względu na związek jej z okolicami bagnistemi, możnaby jedynie myśleć o komarach (culex) i pokrewnych im mustykach (simulium). Sposób żywienia się tych owadów krwią ludzką nadawałby się bardzo dobrze do tłómaczenia przenoszenia się zimnicy. Samiczki, gdyż te tylko są krwiożercze, do robienia otworu w skórze używają nietylko mechanicznych środków w postaci odpowiednio zbudowanych części pyszczkowych, ale także, zapewne w celu rozmiękczenia twardego przyskórka i skóry, wpuszczają do rany sok ślinowy, wydzielany do jamy połykowej przez osobne gruczoły. Świadczy o tem obwódka zapalna powstająca na około miejsca ukłócia. Jeżeli przedtem komar ssał krew człowieka chorego, to łatwo, wraz ze śliną wpędzi do rany, a nawet wprost do światła naczynia trochę krwi chorej i uskuteczni w ten sposób przeszczepienie.

Mógłby ktoś zarzucić, że komar tak mało potrafi w ogóle krwi wessać, iż niewielkie jest prawdopodobieństwo aby w tej nieporównanie jeszcze mniejszej ilości, która może być wszczepiona, znajdowały się pasorzyty. Otóż tak nie jest. Krew zimnicza zawiera pasorzytów młodych często 1 na 200 ciałek czerwonych (jedno pole widzenia), t. j. w 1 mm^3 krwi będzie 20,000 pasorzytów czyli, że ilością wystarczającą do przeszczepienia, gdyż zawierającą jednego pasorzyta byłaby $1/20000 = 0.000,05\ mm^3$. Półksiężyców, które także być może służą do przenoszenia zimnicy, zawiera krew zawsze znacznie mniej, ale już ich jest bardzo mało, gdy jeden przypada na 500 pól widzenia, czyli 100,000 ciałek czerwonych. Jeden półksiężyc znajdzie się zatem w $1/40 = 0{,}025\ mm^3$. Jeżeli przyjmiemy, co chyba nie będzie przesadzonem, że komar nassany potrafi objąć $^1/_2$ mm^3 krwi, to

[1]) *Brit. Med. Journal* (1897, 18. XII. Ref. *Wien. klin. Wochschr.* 1898, Nr. 4).

[2]) Die Aetiologie der Texasseuche der Rinder. Centrbl. f. Bakt. t. XIII. 511.

w pierwszym wypadku 1/10,000, w drugim 1/20 tej krwi będzie wystarczającą do uskutecznienia przeszczepienia.

Mogłoby chodzić jeszcze o to, czy pasorzyty zimnicze w przewodzie pokarmowym komara nie giną. Odpowiednich doświadczeń z komarami nie robiono; istnieją jednak spostrzeżenia, tyczące się zwierząt większych, żywiących się krwią, które nam mogą posłużyć do rozwiązania tego pytania. I tak wiadomą jest rzeczą, że niektóre z tych zwierząt (ankylostoma duodenale) trawią tylko osocze krwi, a ciałka pozostają niezmienione; możnaby się więc spodziewać, że w tych warunkach i pasorzyty umieszczone w ciałkach, lub na ciałkach, unikną zagłady. Sacharow [3]) wreszcie robił doświadczenia z pijawkami, którym pozwalał się nassać krwi chorego na zimnicę złośliwą i które następnie trzymał na lodzie. Okazało się, że pasorzyty starsze giną skutkiem oziębienia, młodsze jednak zachowują długo żywotność; to też krew z pijawki wyciśnięta i zastrzyknięta nawet po paru dniach człowiekowi zdrowemu, wywoływała zimnicę.

Przypuszczenie, że komary mogą zimnicę przenosić z człowieka na człowieka, wypowiedziano już dawniej, a odpowiednią wzmiankę znaleźć można we Flüggem [4]). Szerzenie się zimnicy tą drogą zajmuje mnie już $1^1/_2$ roku, a jeżeli dotąd nie wystąpiłem z tą sprawą publicznie, to dlatego, że w tłómaczeniu pewnych szczegółów napotykamy, bądź co bądź, na znaczne trudności. Z jednej strony wydaje się nieprawdopodobnem, żeby pasorzyty zimnicze mogły prowadzić w komarach dłuższy żywot, żeby mogły w nich przezimować; z drugiej istnieją, przynajmniej w okolicach z klimatem umiarkowanym, postacie zimnicy, jak np. trzeciaczka zwykła, które na czas zimy zupełnie prawie znikają a na wiosnę znów pojawiają się gromadnie. Odosobnione przypadki, które zdołały zimę przetrwać skutkiem nieleczenia, lub złego leczenia, są tak nieliczne, że stanowczo nie wystarczają, aby służyć za punkt wyjścia dla tych endemij. Otóż badania moje z ostatnich miesięcy w Klinice pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego podjęte, pozwalają się spodziewać, że i ta trudność w tłómaczeniu zostanie rozwiązaną i że będę mógł wkrótce wyczerpująco odpowiedzieć, w jaki sposób za pośrednictwem komarów szerzą się poszczególne postacie zimnicy i dlaczego istnieją tak znaczne różnice między endemiami u nas, a w krajach podzwrotnikowych. Rozwiązanie tych trudności utwierdziło mię zarazem w przekonaniu o racyonalności całej teoryi, gdyż zresztą wszystko inne tłómaczy się łatwo.

Zaczniemy od rozmieszczenia choroby. Otóż tam gdzie niema komarów, niema też i zimnicy. Można zdanie to zastósować do środka miast większych i gęściej zaludnionych, co miałem sposobność stwierdzić dowodnie dla Krakowa. To samo można powiedzieć o miejscowościach, nie mających wód stojących, mianowicie o miejscowościach górzystych, do jakich zaliczamy n. p. Zakopane. Odnosi się to także do okolic podzwrotnikowych. Jak Koch (p. n.) podaje, istnieje we wschodnio-afrykańskich posiadłościach niemieckich mała wysepka, nie posiadająca mustyków, ztąd też wolna od zimnicy. Podobnie górzysta kraina Uzambara, począwszy od pewnej wysokości niema mustyków, ani zimnicy.

Nie należy jednak zapominać, że do szerzenia zimnicy potrzeba dwóch warunków. Sama praca komarów, lub mustyków, nie wystarcza; owady te muszą prócz tego znaleźć materyał zakaźny, któryby mogły przenosić. Teoretycznie mogłyby więc istnieć miejsca bogate w komary, a nie zimnicze. I tak Nowa Zelandya ma być bagnistą (obfituje w mustyki?), a wolną jest od zimnicy. Miejsca takie mogłyby się jednak stać zimniczemi przez zawleczenie choroby z zewnątrz.

Okolice z klimatem gorącym więcej są nawiedzone przez zimnicę, aniżeli strefy umiarkowane, bo w tamtych mustyki pracują prawie przez cały rok. Przeciwnie poza pewnym stopniem szerokości geograficznej 63° na północ, 57° na południe, niema zimnicy. Trzeba dalej zaznaczyć, że w okolicach gorących i umiarkowanych niema chyba miejsca, któreby było zupełnie wolne od komarów i mustyków. Małe ich ilości nie wystarczają jednak do endemicznego szerzenia choroby, ale mogą tłómaczyć odosobnione przypadki przeniesienia się choroby z przypadków zawleczonych z okolic zimniczych na ludzi zdrowych.

Znamienną jest także rzeczą, że komary zimują jako krwiożercze samiczki po rozmaitych kryjówkach, piwnicach, itp. W dnie pogodniejsze i cieplejsze opuszczają one i w zimie te schroniska, co tłómaczyłoby pojawienie się odosobnionych przypadków zimnicy w pełni zimy. W bieżącym roku, w którym, co prawda, zima była bardzo lekka, sam widziałem, w otoczeniu chorego na przedmieściach Krakowa, w styczniu i lutym, komary, a chory ten, cierpiący na wadę serca, duszność i bezsenność, skarżył się, że mu komary nocą dokuczają.

Tłómaczyłoby się dalej łatwo, dlaczego pobyt na wolnem powietrzu w okolicach bagnistych jest najniebezpieczniejszy po zachodzie słońca, jestto bowiem czas, kiedy komary rozwijają największą działalność. Fakt ten tłómaczyłby także, dlaczego napady zimnicze pojawiają się we dnie, najczęściej około południa. Otóż, jakby wynikało ze wspomnianych badań Sacharowa, najmniej wrażliwymi na oziębienie są pasorzyty najmłodsze, podczas gdy starsze pod wpływem zimna, szybko ulegają zwyrodnieniu. Choćby we krwi chorego, z którego krew bierze się do przeszczepienia, były pasorzyty na najrozmaitszym stopniu rozwoju, to jeżeli starsze pod wpływem obniżenia ciepłoty wyginą, zostaną zaszczepione tylko najmłodsze. Jeżeli przeszczepienie odbyło się wieczorem, to pasorzyty te powstały ze sporulacyi kilka godzin przedtem, odpowiada im napad południowy, będą zatem i po przeszczepieniu rozmnażać się zawsze koło południa i wtedy też pojawią się, po przejściu okresu wylęgania, napady. Ostatecznie znów we krwi chorego znajdować się będą wieczorami pasorzyty najmłodsze, co już jest prostym wynikiem rozmnażania się pasorzytów zimniczych w ścisłych kilkudobowych odstępach, a co jest połączone dla pasorzytów zimniczych z tą korzyścią, że wtedy, kiedy sposobność do przeniesienia choroby jest największą, we krwi chorego znachodzą się też pasorzyty najlepiej się do przeszczepienia nadające.

Sprawa szerzenia się zimnicy za pośrednictwem komarów ma doniosłe znaczenie praktyczne, ze względu na możliwość zapobiegania jej endemiom i na to chciałbym tutaj położyć szczególniejszy nacisk. Jeżeli do powstania endemii, jak to już zaznaczyłem, potrzeba jest dwóch czynników,

[3]) Ueber den Einfluss der Kälte auf die Lebensfähigkeit der Malariaparasiten. Centrbl. f. Bacter. t. XV. 158.

[4]) Grundriss der Hygiene, Leipzig 1897, 503 i Mikroorganismen, Leipzig 1896, tom I. s. 381, artykuł Krusego.

mianowicie: 1) czynności komarów i 2) materyału zakaźnego, a więc chorych na zimnicę, to musimy sobie zadać pytanie, czy przez wpływanie na te czynniki nie byłoby możebnem zapobiedz szerzeniu się zimnicy?

Względem komarów jesteśmy prawie zupełnie bezsilni. Ale i w tym kierunku możnaby działać przez osuszenie bagien, a może i zakładanie lasów eukaliptusowych, które, jak się dawniej wyrażano, przyczyniają się swym silnym aromatycznym zapachem do oczyszczenia powietrza okolic bagnistych, a działają prawdopodobnie przez odpędzanie komarów.

Inaczej się rzecz ma z drugim czynnikiem, gdyż tu mamy do rozporządzenia środek tak potężny i jedyny w swoim rodzaju, jak chinina. Szerzenie się zimnicy może się odbywać w naszych okolicach jedynie dlatego, że z roku na rok zimuje wiele przypadków niewyleczonych. Gdybyśmy temu zapobiegli, gdybyśmy podczas zimy wszystkie przypadki zimnicy wyleczyli, to wiosną endemia zimnicy nie mogłaby się już pojawić. Ponieważ wyśledzenie przypadków przewlekłych wymagałoby dużo pracy i dużo bardzo dobrze w badaniu krwi wyćwiczonych sił lekarskich, więc sądzę, że cel nie dałby się w sposób prosty inaczej osiągnąć, jak przez poddanie całej ludności bez wyjątku leczeniu chininowemu, trwającemu przez jakie dwa tygodnie. (U dorosłych codziennie rano jeden proszek chininy po 1 grm., u dzieci odpowiednio do wieku ilość chininy, lub euchininy). W okolicach podzwrotnikowych, gdzie niema zimy i gdzie przeszczepianie zimnicy odbywa się w ciągu całego roku, przeprowadzićby się musiało to leczenie ściśle równocześnie u całej ludności. Okolicę należałoby ochronić od zawleczenia choroby z zewnątrz, przez poddanie przybyszów takiemu samemu leczeniu.

Sądzę, że takie zapobiegawcze postępowanie dałoby się nie tak trudno przeprowadzić, a nie byłoby ono zbyt kosztowne, nie pociągałoby dla ludności żadnych niebezpieczeństw i nawet, gdyby podstawy jego miały się okazać niepewne, mogłoby tylko dla ludności wyjść na korzyść. Wyleczone zostałyby przypadki przewlekłe i wiele świeżych, bo przecież już dawno polecano, w celu osobistego ochronienia się od zimnicy, zapobiegawcze zażywanie chininy. Nic tu zatem nie można stracić, a nieskończenie wiele zyskać. Próbę możnaby na razie przeprowadzić na jakiemś odosobnionem gnieździe zimniczem, a gdyby wypadła dodatnio, przystąpić do szerszego zastósowania. Sprawa zasługuje niezawodnie na rozpatrzenie i próby, gdyż chodzi tu o uwolnienie ludności okolic zimniczych od plagi, która wprawdzie u nas, w przeciwieństwie do krajów podzwrotnikowych, tylko wyjątkowo prowadzi wprost do śmierci, ale zato sprowadza niejednokrotnie straszne, nie dające się już potem niczem wyrównać spustoszenia w ustroju, określane nazwą charłactwa zimniczego.

W ostatnim czasie zajmuje się zimnicą, mianowicie złośliwemi jej postaciami Robert Koch, który w celu zbadania tej *par excellence* podzwrotnikowej choroby, odbył nawet wycieczkę naukową do posiadłości niemieckich we wschodniej Afryce, a po powrocie wypowiedział d. 9. czerwca odczyt na posiedzeniu berlińskiego oddziału niemieckiego Towarzystwa kolonialnego [5]). Odczyt ten jest bezpośrednią przyczyną mego wystąpienia, gdyż chciałbym zaznaczyć, że sprawą przenoszenia zimnicy przez komary zajmuję się równocześnie z Kochem, i że między naszemi zapatrywaniami zachodzą zasadnicze różnice.

Biorąc za podstawę analogię z gorączką teksańską stoi i Koch na tem stanowisku, że zimnicę przenoszą owady ssące krew, a przedewszystkiem mustyki. Koch miał jednak uzupełnić badania Smitha przez udowodnienie, że gorączkę teksańską można wywołać także przez przeszczepienie na zwierzęta zdrowe jaj kleszczy, które się żywiły krwią zwierząt chorych. To samo przenosi on na zimnicę i twierdzi, że przeszczepienie zimnicy przez mustyki nie odbywa się na drodze bezpośredniej, t. j. przez ukłócie naprzód człowieka chorego a potem zdrowego, że przeciwnie, mustyki zawlekają pierwotnie tylko swoje jaja, a dopiero w jajach tych przeszczepionych na człowieka rozwijają się pasorzyty zimnicze. (Die Uebertragung geschieht wahrscheinlich so, dass die Mosquitos zunächst ihre Eier verschleppen. In diesen auf Menschen verpflanzten Eiern entwickeln sich sodann die Malariaerreger“).

Otóż podobne pojmowanie sprawy jest w najwyższym stopniu nieprawdopodobnem. Z jednej strony trudno jest, jak to już zaznaczałem, uwierzyć, żeby pasorzyty zimnicze były zdolne do dłuższego życia w ustroju komarów, lub mustyków, z drugiej nie ulegałoby wątpliwości, że jajka tych owadów, choćby zawierały pasorzyty, nigdy nie dostają się do krwi człowieka, co byłoby koniecznem do wywołania zakażenia.

Koch zatem wierzy w możebność dłuższego życia pasorzytów zimniczych poza ustrojem ludzkim, a nie uznaje bezpośredniego przeszczepienia; ztąd też nie dochodzi on do wniosku, że równoczesne wyleczenie całej ludności z zimnicy może szerzeniu się endemij zapobiedz.

Kraków w czerwcu 1898.

[5]) Aerztliche Erfahrungen aus den Tropen. Referat Herzfelda w *Deutsch. med. Woch* 1898, Nr. 24.

III. Oceny i sprawozdania.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Tom 94, Zeszyt II, Warszawa, 1898.

Wspominając na tem miejscu o świeżo wydanym II Zeszycie „Pamiętnika“, czynimy to nie z powodu zawartych w nim licznych i cennych prac oryginalnych. Tytuły prac tych pomieścił „Przegląd“ w zwykłej wzmiance bibliograficznej, a zajmująca ich treść, poruszając zagadnienia ze wszystkich działów nauk lekarskich, powinna przysporzyć „Pamiętnikowi“ czytelników i prenumeratorów, których — ze wstydem wyznać potrzeba — tak mało liczy on pod zaborem austryackim. Poruszać w pobieżnem streszczeniu zagadnienia, zawarte w oryginalnych artykułach „Pamiętnika“, byłoby krzywdą i dla ich autorów i dla czytelników, którym bajecznie niska cena wydawnictwa ułatwia do ostatecznych granic zapoznanie się z pracami temi w oryginale.

Jednakże należy się kilka słów osobno „Przeglądowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1897“, mieszczącemu się w tym zeszycie „Pamiętnika“. Sam „Przegląd piśmiennictwa“ nie jest wprawdzie nowością. Od szeregu już lat grono ludzi dobrej woli poświęca swój czas i trud bez interesownie żmudnej pracy, aby zgromadzić wszystkie ce giełki, jakie polskie pióro dorzuca do ogólnego skarbca nauki i uprzystępnić każdemu z nas zapoznanie się z całością naszego ruchu piśmienniczego, tak, jak krakowska komisya sprawozdawcza do „Roczników Virchowa“ stara się z nią zapoznać zagranicę. W miarę, jak polska lekarska literatura rośnie i potężnieje, niepodobna się obejść bez tych

niesłychanie sumiennych a nader użytecznych zestawień, jakimi co roku obdarza nas „Pamiętnik", chyba, że się względem swojskiej myśli i pracy najzupełniejszą i godną potępienia zachowuje obojętność.

W roku zeszłym pojawiła się wyborna bibliografia piśmiennictwa lekarskiego polskiego za pięćdziesięciolecie 1893 do 1890, zebrana mrówczą pracą kolegów warszawskich, a wydana również staraniem „Pamiętnika Tow. lek. warsz.". Aby nawiązać ścisły stosunek dorocznego „Przeglądu piśmiennictwa" z tą niezbędną dla każdego lekarza polskiego książką, której autorowie rzetelnie się sprawie naszego piśmiennictwa zasłużyli, zaprowadziła Redakcya „Pamiętnika" w roku bieżącym szereg zmian w układzie i zewnętrznej formie sprawozdań ze swojskiej literatury, tak, że stanowi on obecnie bezpośredni ciąg dalszy wspomnianej bibliografii i jest w użyciu bardzo dogodny. Tegoroczny „Przegląd piśmiennictwa" stanowi osobne dzieło bardzo poważnych rozmiarów (352 i XLVI stronic), w którem dzięki wybornie obmyślanym skorowidzom łatwo i bez straty czasu szukaną rzecz odnaleść można. Same streszczenia wyszły z pod piór poważnych i doświadczonych sił zawodowych, a nie pominięto w nich prawie niczego, co tylko gdziekolwiek drukiem się ukazało, nawet drobnostek, chyba, że były to prace dla sprawozdawców mimo najusilniejszych zabiegów niedostępne. Doprawdy trudno zrozumieć, dziwną obojętność tych, którym nie chodzi nietylko już o dobro ogółu, niesłusznie przez to pokrzywdzonego, ale wprost o ich własny interes. Oprócz jednego ze szpitali prowincyonalnych galicyjskich i jednego z naszych miejsc kąpielowych, które sprawozdań swoich nawet na osobne listowne zaproszenie „Pamiętnikowi" nie nadesłały, znalazłoby się u nas niestety może więcej takich zaniedbań, tylko że o takich tajemniczych wydawnictwach nieraz wieści nawet niema. Miejmy przynajmniej nadzieję, że z postępem czasu pracownicy „Przeglądu piśmiennictwa" za życzliwość gorącą dla tego, co swojskie, coraz mniej spotykać będą tej „swojskiej" zapłaty obojętnością i milczeniem, a z rosnącą liczbą czytelników „Pamiętnika" zniknie wreszcie smutne świadectwo niepoprawności stanowiąca notatka: „Nie nadesłane, pomimo listownej prośby Redakcyi" (ob. str. 305 i 294 „Przeglądu piśmiennictwa". *Ciechanowski.*

Penzoldt i Stintzing: **Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.** Zeszyt 11 i 12. Jena, nakład G. Fischera.

Dwa dalsze zeszyty drugiego wydania wybornego dzieła, które się właśnie ukazały, obejmują koniec tomu VII i znaczną część tomu IV. W tomie siódmym, poświęconym wogóle chorobom wenerycznym i skórnym, uzupełniła się całość przez rozprawy: Eichhoffa: „O leczeniu zapaleń skóry (z wyjątkiem wyprysku i świerzbiączki)". Prof. Kaposi: „O leczeniu wyprysku i świerzbiączki", Doc. Koppa: Przerosty, zaniki, nowotwory, wrzody i nerwice skóry", Prof. Picka: „Choroby pasorzytnicze skóry". W dodatku pisze Prof. Bürkner: „O chorobach skórnych narządu słuchu", a Prof. Eversbusch: „O leczeniu chorób oczu, zdarzających się w chorobach skórnych". Oba te artykuły, skreślone przez pierwszorzędne fachowe powagi (podobnie zresztą, jak prawie wszystkie działy podręcznika) stanowią wielkie udogodnienie dla lekarzy-praktyków, nie mogących śledzić zbyt dokładnie postępów leczniczych w zakresie chorób zmysłów.

Tom czwarty poświęcony jest chorobom narządu trawienia. Jako współpracowników w tym tomie spotykamy nazwiska tej miary, jak Prof. Heubner („Leczenie chorób trawienia u dzieci"), profesorowie Penzoldt, Heineke, Graser i Leichtenstern („Leczenie chorób żołądka i jelit") i t. d. Heineke opracował nadto osobno leczenie chirurgiczne chorób przełyku; inne sposoby leczenia chorób przełyku przypadły w dziale Merklowi. Seifert i Rosenbach zajęli się chorobami jamy ust i jej otoczenia, Graser cierpieniami zębów. *X.*

Dr. Treitel (Berlin): **Ueber das Wesen u. den Wert der Hörübungen bei Taubstummen u. hochgradig Schwerhörigen.** *(Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie T. II. Z. 11).*

Praca ta, obok krótkiego rysu literacko-historycznego, podaje przegląd postępu, uzyskanego na polu ćwiczeń słuchowych i mowy, krytycznie objaśnia otrzymane przez nie wyniki i przedstawia różne sposoby tych ćwiczeń, oraz sporne o nich poglądy. Na podstawie własnych i cudzych doświadczeń stara się autor odpowiedzieć na praktycznie ważne pytania: „czy jest możliwem przywrócić słuch stracony, a wydoskonalić słuch przytępiony? czy ćwiczenia słuchowe mają wartość praktyczną dla wymowy głuchoniemych i dla ich obcowania z zdrowymi?" Autor czuje się upoważnionym do wniosku, że właściwe wzmożenie słuchu przez ćwiczenia nie można dotychczas uważać za udowodnione.

Niewątpliwie dobre wyniki, otrzymane przez Urbantschitscha i in. odnosi autor do czucia dotykowego, wywołanego przez prąd wydechowy mówiącego, — do wyćwiczonej i wyzyskiwanej pamięci ćwiczonych i do tego, że dzieci głuchonieme uczą się łączyć wrażenia słuchowe z pojęciami, gdy dawniej tej zdolności nie miały. Podane przez Urbantschitscha i in. przypadki poprawy słuchu przez ćwiczenia w głuchocie psychicznej i u dorosłych z głuchotą nabytą, polegają, zdaniem rozbierającego te przypadki autora, na bezczułości słuchowej, zależnej od macicznicy lub innego zaburzenia nerwowoczynnościowego, które czasem przyłącza się do zmiany organicznej i tylko w podobnych przypadkach można próbować ćwiczeń słuchowych z nadzieją na jaki taki skutek dodatni.

Już przy innej sposobności wytknęliśmy rażące braki w dziełach niemieckich, polegające na pomijaniu tu należących prac polskich. A i teraz podnieść musimy, że i ta monografia, o której mówimy, popełnia te same grzechy, a zyskałaby znacznie na wartości i dokładności, gdyby jej autor chciał i mógł korzystać ze znanych prac Ołtuszewskiego i uwzględnił dodatnią jego działalność naukową i praktyczną na tem polu. *Spira.*

IV. Wyciągi.

J. Sternberg: **Przyczynek do nauki o gruźlicy worka przepuklinowego** *(Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 9, 1898). Że worek przepuklinowy może być siedzibą zmian gruźliczych, rzecz dawno znana; nie zgadzają się tylko autorowie, co do sposobu powstawania tych zmian. Jedni utrzymują, że zmiany gruźlicze worka przepuklinowego mogą być pierwotne, drudzy, że są następstwem gruźlicy otrzewnej. Opisanych jest 30 przypadków tego cierpienia, z których tylko w dwóch zrobiono we właściwym czasie rozpoznanie. Bardzo często jednocześnie ze zmianami w worku przepuklinowym znajdowano zmiany gruźlicze i w innych narządach. Ze szczegółów wypada podnieść, że worek przepuklinowy często nie zawierał żadnej treści, pomimo swobodnego połączenia z jamą brzuszną. W przypadku, przytoczonym przez autora, rozchodziło się o pacyentkę, lat 28 z rozpoznaniem: *hernia inguinalis sinistra libera, dextra incipiens.* Podczas operacyi stwierdzono po jednej i drugiej stronie zmiany gruźlicze worka przepuklinowego. Worek lewy wypełniał jelita cienkie, których otrzewna była usiana gruzełkami; w prawym worku przepuklinowym nie było żadnej zawartości. Gruzełki najobficiej znajdowały się u podstawy worka. Zmian w jamie brzusznej, jakoteż innych narządach wykazać nie było można. Z wywiadów dowiedziano się, że przed 10 laty chora przebyła zapalenie opłucnej, trwające pół roku. Badanie drobnowidowe kawałka wyciętej otrzewnej wykazało typowe gruzełki gruźlicze. Rana po operacyi zagoiła się. W parę miesięcy potem wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia otrzewnej, które wkrótce ustąpiły. W 17 miesięcy po operacyi

chora miała się zupełnie dobrze. Autor przypuszcza, że 10 lat temu chora przebyła zapalenie opłucnej na tle gruźliczem, a gruźlicę worków uważa za sprawę przerzutową, przyjmując, że worki przepuklinowe istniały już w chwili tej choroby. Chora zauważyła przepuklinę lewą sześć lat temu, prawą daleko później. *Dr. Zalewski.*

Prof. J. Wolff: **O połowiczem wyłuszczeniu wola w chorobie Basedowa.** *(Mitteil. a d. Grenzgeb.*, Tom III, Str. 38 i n.). Od czasu kiedy teorya, pomawiająca wól o bezpośrednią przyczynę choroby, coraz-to większym kredytem cieszyć się poczęła, zwłaszcza kiedy zgodzono się na to, że ów zbiór objawów, cechujących chorobę Basedowa, powstaje skutkiem dostawania się pewnych istot toksycznych, wytwarzanych przez powiększony gruczoł tarczykowy do krwi, chirurgiczne leczenie tego cierpienia zyskiwało dla siebie coraz szersze koło zwolenników. I oto! pomyślny wynik, w znacznej (nie we wszystkich) liczbie przypadków osiągnięty po połowiczem wyłuszczeniu wola, potwierdza nie tylko wspomnianą teoryę, ale zachęca do dalszych prób.

Po zestawieniu i krytycznem przejrzeniu odnośnej literatury wygłasza W. przekonanie, że połowicze wycięcie wola w ciężkich przypadkach choroby Basedowa, nie poprawiających się wśród leczenia wewnętrznego, jest jedynym, z wielkiem prawdopodobieństwem statecznie do celu prowadzącym środkiem, prawda — że środkiem obosiecznym, gdyż wszyscy autorowie po tej operacyi mieli znaczną (stosunkowo) śmiertelność.

Sam autor leczył 9 pacyentów z chorobą B. na drodze operacyjnej (2 mężczyzn, reszta kobiety) i osiągnął następujące wyniki: 6 chorych pozbyło się swego cierpienia, u 1 po początkowej poprawie nastąpił ciężki nawrót cierpienia, 2-ch zmarło. *Herman.*

Dr. Fuchs: **Przyczynek do leczenia całkowitego wypadnięcia macicy, przez wycięcie macicy przez pochwę.** *(Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Tom VII, Zeszyt 5, r. 1898). Zrozumiała jest niechęć ginekologów do wycinania macicy przy jej wypadaniu. Zabieg ten wydać się może zbyt radykalnym, gdyż jakkolwiek zazwyczaj usuwa cierpienie na pewno, ale pozbawia kobietę równocześnie ważnego i względnie zdrowego narządu. Inaczej jednak przedstawia się ta sprawa, jeżeli zważymy, że wszystkie operacye, wykonywane zwykle przy wypadaniu macicy, jakoto: plastyka pochwy i międzykrocza, przyszycie macicy do pochwy lub powłok brzusznych i t. d., często zawodzą, a nadto zmuszają chorą do ciągłego uważania na swoje zdrowie i wstrzymywania się od ciężkiej pracy, którym to wymaganiom kobiety z klas biedniejszych nie są w możności zadość uczynić, a przecież większa część chorych z wypadaniem macicy pochodzi z klas najbiedniejszych. Operacye, wymagające otwarcia jamy brzusznej, mają nadto tę złą stronę, że powstała blizna może przy nieodpowiedniem zachowaniu się dać powód do przepukliny, która jest cierpieniem równie dolegliwem dla osoby pracującej, jak wypadanie macicy. Z powyższych powodów wykonał autor u 13 chorych z wypadnięciem macicy całkowite jej wycięcie przez pochwę, do którego dołączył równocześnie zwężenie przedniej ściany pochwy (kolporhaphia anterior) i plastykę międzykrocza. Wynik operacyi był bardzo dobry, chore zostały zupełnie uwolnione od dolegliwości i mogły powrócić do swoich zwykłych zajęć. Po wycięciu macicy, zwężona pochwa tworzyła zaułek tak głęboki, że nawet spółkowanie, którego przy istniejącem wypadnięciu macicy mąż unikał, stało się po zabiegu możliwem. Co do techniki operacyjnej autor kładzie szczególny nacisk na 3 czynniki: 1) Przyszycie otrzewnej pęcherza moczowego po otworzeniu fałdu (plica) do pochwy, sposobem Fritscha; 2) staranne zmniejszenie obnażonej ściany pęcherza, o ile ta nie jest pokryta otrzewną, przez założenie głębokich szwów katgutowych na ścianę pęcherza; 3) wycięcie całej przedniej ściany pochwy, ponieważ ściany boczne wystarczają po zeszyciu do wytworzenia prawidłowej pochwy.

Operując w ten sposób, unika się z wielkiem prawdopodobieństwem, zdaniem autora, nawrotu cierpienia w postaci wypadnięcia przedniej ściany pochwy i przepukliny pęcherzowej (cystocele). *Piotrowski.*

Robert Porges: **Przyczynek do nauki obrażeń, powstałych wskutek siły mięśniowej.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 8, 1898). Autor opisuje dwa rzadsze przypadki obrażeń: jeden dotyczy oderwania się główki długiej mięśnia dwugłowego; drugi — oderwania przyczepu ścięgna Achillesa.

I. Silny mężczyzna uczuł nagle silny ból w lewym stawie barkowym w chwili, kiedy przesuwał ciężką skrzynię. Chory po tym wypadku nie mógł ręką ruszać, zaś ruchy bierne były bardzo bolesne. W chwili badania (w 3 dni po wypadku) znaleziono staw barkowy lewy znacznie obrzękły i bolesny; bolesność ta występowała najwybitniej w miejscu przyczepu główki długiej mięśnia dwugłowego. Podczas skurczu mięsień dwugłowy przedstawiał się wogóle mniej napiętym, niż po stronie przeciwnej; prócz tego podczas skurczu zdawał się być jakby przesuniętym ku wewnątrz. Przesunięcie to objaśnia się tem, że wskutek zerwania się długiej główki tego mięśnia, część zewnętrzna jego jest mniej napięta, niż strona wewnętrzna. Prócz tego na skurczonym mięśniu widzieć można było, że odległość brzuszka mięśnia od przegubu łokciowego po stronie prawej jest 2 razy większa, niż po stronie chorej. Po stronie prawej odległość ta wynosi 7 ctm. Początkowo końca zerwanej główki, z powodu obrzęku, wybadać nie można było; w dwa tygodnie jednak po ustąpieniu obrzęku można było go wyczuć w jamie Morenheima, jako kolbkowato zgrubiały sznur.

Zerwania główki długiej mięśnia dwugłowego nie są częste, nie są jednak i rzadkością nadzwyczajną. Przypadki, spostrzegane przez rozmaitych autorów dotyczą prawie wyłącznie ludzi silnie zbudowanych, z rozwiniętymi dobrze mięśniami. Przyczyna zerwania się ścięgna leży w niestosunku między siłą mięśnia, a siłą ścięgna. Autor badaniami własnemi wykazał, że przy przeroście mięśni, np. wskutek gimnastyki, ścięgno stosunkowo bardzo nieznacznie przerasta.

Co do leczenia zerwania główki długiej mięśnia dwugłowego, to Bazy radzi leczenie operacyjne, mianowicie, Bazy przyszywa koniec główki długiej do krótkiej. Autor radzi tylko bark odpowiedni ustalić, by kończyna pozostawała w spokoju. W danym przypadku autor założył „mitelę“ i po 14 dniach chory zaczął wykonywać powoli ruchy, a po 6 tygodniach wyszedł zupełnie zdrów. Wynik leczenia był bardzo dobry: wszystkie ruchy były możliwe w prawidłowym zakresie.

II. Chory opowiada, że przy schodzeniu ze schodów spadł z pięciu stopni schodów, przyczem, zsunąwszy się, stanął na piętę nogi prawej. Bezpośrednio po wypadku nie mógł stanąć na prawą nogę z powodu bólu. Po czterech miesiącach leczenia zapomocą opatrunków ustalających, chory nie mógł chodzić na prawej nodze z powodu bólu. Badanie kości piętowej wykazało, że tylny wyrostek jej jest po stronie prawej jakby wyższy. Między ścięgnem Achillesa a kością wyczuć można było guz okrągły, wielkości orzecha włoskiego, miękki, elastyczny. Fotografia, wykonana promieniami Röntgena wykazała złamanie wyrostka tylnego kości piętowej w płaszczyźnie poziomej. Odłamany kawałek przyrósł, tylko cokolwiek zboczył od swego pierwotnego położenia, a to w ten sposób, że miejsce przyczepu ścięgna Achillesa skierowało się ku górze. Guz wyżej opisany, znajdujący się między ścięgnem a kością, autor uważa za powiększoną torebkę śluzową. Co do leczenia podobnych przypadków, to autor radzi operacyjne, t. j. przyszycie odłamanego kawałka na swoje miejsce. O losach dalszych swego pacyenta autor nie wspomina. *Dr. Zalewski.*

Puławski A.: **Guz śródpiersia przedniego. Przyczynek do znaczenia rozpoznawczego promieni Roentgenowskich** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 25). Na podstawie dotychczasowych sposobów badania rozpoznał autor u pewnej chorej guz śródpiersia przedniego, prawdopodobnie pochodzenia no-

wotworowego; dla upewnienia się jednak w rozpoznaniu i czy przypadkowo nie mógłby to być tętniak tętnicy głównej zstępującej, użył jeszcze roentgenografii, która rozpoznanie w zupełności potwierdziła.

Okazało się jednak przytem, że rozmiary guza na radyogramie były większe, niż wybadane zapomocą wypuku (co zresztą łatwo można wytłómaczyć).

Nawiązując do tego przypadku uwagi własne, co do radyografii, wyprowadza autor wnioski bardzo słuszne, które powinny znaleść jak najobszerniejszy oddźwięk. A mianowicie, każdy zakład leczniczy winien mieć własny przyrząd radyograficzny z należnem urządzeniem, oraz oczywiście wyćwiczonego w tym kierunku lekarza, jak naprzykład szpital św. Ducha ma znakomitego znawcę tej rzeczy w koledze Mik. Brunerze.

Należy jak najwięcej zbierać spostrzeżeń zapomocą radyografii, bo przez to usklada się zapas porównawczy, metoda sama się pogłębi i pozwoli z siebie wysnuć dokładniejsze wnioski.

(Rzecz niezmiernie ważna, niestety w zakładach krakowskich i lwowskich dotąd nie wprowadzona. Oprócz oczywiście nakładu rządowego na te przyrządy w zakładach klinicznych, czyby się nie dało uzyskać zasiłków z instytucyj dobroczynnych, np. z nadwyżek dochodów kas oszczędności, przeznaczanych na cele humanitarne? *Przypisek sprawozdawcy).* *Dr. St. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Bong: **Przypadek pęknięcia macicy, wywołanego sporyszem.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 21, r. 1898). Najczęstszą przyczyną pęknięcia macicy podczas porodu bywa niestosunek porodowy, przy braku odpowiedniej pomocy. W przypadku opisanym przez Bonga niestosunku porodowego nie było, a przyczyną pęknięcia stała się najprawdopodobniej niesumienna położna, która przebiła pęcherz płodowy przy ujściu małorozwartem, następnie zaś, chcąc wzmocnić skurcze macicy, podała rodzącej około 4 grm. sporyszu w proszku. Skutkiem tego postępowania macica popadła w stan ciągłych bolesnych skurczów, wytworzył się wreszcie tężec macicy, wśród którego ściana szyi pękła, przy ujściu niezupełnie rozwartem.

Zawezwany lekarz rozpoznał podłużne pęknięcie szyi macicy i rozwiązał rodzącą zapomocą obrotu na nóżki, lecz osoba ta po paru godzinach zakończyła życie. Przy sekcyi zmierzono dokładnie wymiary miednicy, które wynosiły: wymiar prosto wchodu macicy $11^{1}/_{2}$, wymiar poprzeczny 15, skośny lewy $15^{1}/_{2}$, skośny prawy 16; miednica ta zatem była obszerniejszą od prawidłowej, a przyczyną pęknięcia macicy był prawdopodobnie skurcz tężcowy macicy, która treści swojej nie mogła wyprzeć na zewnątrz, gdyż ujście zewnętrzne, nierozwarte i również podlegające skurczowi skutkiem zażycia dużej dawki sporyszu, stanowiło przeszkodę porodową i w takich warunkach ściana macicy mogła łatwo pęknąć w najsłabszem miejscu, co się też stało od strony tyłogłowia płodu, jak o tem operator mógł się przekonać.

Piotrowski.

Otto Küstner: **O operacyi Freunda w przypadkach raka macicy.** *(Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna*, Nr. 204, r. 1898). Na 91 przypadków raka macicy, operowanych w przeciągu ostatnich trzech lat, w 16 dokonał autor wycięcia macicy metodą Freunda przez laparotomię. Były to przypadki, w których albo macica bardzo była powiększoną skutkiem raka trzonu, lub równoczesnego rozwoju włókniaków tak, iż wycięcie jej przez pochwę, bez poprzedniego rozkawałkowania, było niemożliwem, albo też tkanka okołomaciczna, zmieniona chorobowo, stanowiła przeszkodę w ściągnięciu macicy. Z pomiędzy 16 przypadków, operowanych metodą Freunda, do których K. dodał później jeszcze 2 przypadki, cztery zakończyły się niepomyślnie wkrótce po zabiegu. Sekcya wykazała w tych przypadkach zapalenie otrzewnej i ropienie w podwiązanych kikutach więzów szerokich. Pomijając możliwość zakażenia rękami operatora, które nigdy nie dadzą się zupełnie wyjałowić, przypuszcza autor w tych przypadkach zakażenie otrzewnej podczas zabiegu cząstkami rozpadłego nowotworu, który wyjmowano od strony jamy brzusznej. Autor pochwala w zasadzie sposób zalecony przez Veita, a polegający na tem, żeby macicę wyjmować przez pochwę, po podwiązaniu więzadeł *per laparotomiam;* w ten sposób bowiem zmniejsza się niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, ale nie zawsze da się macica w całości przez pochwę wyjąć, a właśnie w 16 przypadkach opisanych było wyjęcie macicy przez pochwę niemożliwem. Autor radzi po zabiegu osączkować dobrze ranę, tak od pochwy, jakoteż od strony jamy brzusznej, workiem Mikulicza, w celu zapobiegania zapaleniu otrzewnej. Wyniki dotychczasowe zachęcają autora do przedsiębrania dalszych prób, zmierzających do wydoskonalenia operacyi Freunda, która posiada zdaniem K. tę wyższość nad innymi sposobami wycinania macicy, a mianowicie wycinaniem przez pochwę lub od tyłu, po wypiłowaniu kości krzyżowej, że po wykonaniu laparotomii uzyskuje się bardzo dobry i wygodny dostęp i można tą drogą wycinać dokładnie nie tylko macicę i tkankę okołomaciczną, nowotworowo naciekłą, ale także i gruczoły chłonne zaotrzewnowe, położone w miednicy małej, wzdłuż wielkich naczyń, skutkiem czego operacya raka macicy stanie się radykalniejszą, niż nią jest obecnie przy wycinaniu przez pochwę i nawroty cierpienia staną się mniej częste. *Piotrowski.*

Luxenburg Józef: **Zmiany morfologiczne, towarzyszące czynności komórek ruchowych rdzenia. Doniesienie tymczasowe — (z pracowni Tow. Lek. Warsz. pod zarządem Prof. Dra H. Hoyera).** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 24). Od czasu zastosowania nowych sposobów, dozwalających zbadać dokładnie budowę komórki nerwowej, rzucili się badacze do tego przedmiotu z zapałem. Dotychczasowe wyniki tych prac zebrali Goldscheider i Flatau w dziele najnowszem: *Normale u. pathologische Anatomie der Nervenzellen. Berlin 1898.* Jednakowoż prace dotyczą tylko komórki nerwowej w stanach chorobowych. Mało jest badań, odnoszących się do zmian wywołanych czynnością w komórce nerwowej zdrowej. Autor postanowił zająć się tą sprawą i rozprawę większych rozmiarów ogłosi niebawem; teraz podaje tylko „doniesienie tymczasowe“, zwłaszcza, że równocześnie ogłasza Dr. Friedel Pick w *Deutsch. Med. Wochenschrift*, Nr. 22 wyniki swoich badań zupełnie podobnych, a zbliżone do wyników badań autora.

Autor postępował w ten sposób: zwierzętom, po zastrzyknięciu morfiny, odsłaniał rdzeń kręgowy w okolicy grzbietowo-lędźwiowej i nacinał go w dwu kierunkach. Raz przeciął rdzeń na poprzek, całkowicie i w ten sposób oddzielił górną część rdzenia od dolnej drażnionej; drugie cięcie prowadził podłużnie na połowie rdzenia tak, że podzielił go (tę część dolną, odłączoną od górnej pierwszem cięciem) na dwie równe połówki boczne. Następnie obnażał nerw udowy po jednej stronie i drażnił go przez godzinę prądem przerywanym. Po godzinie ciągłych skurczów na jednej nodze, zwierze szybko zabijał i rdzeń utrwalał, a potem badał sposobami nowego barwienia Nissla itp.

Wyniki są takie, że w komórkach ruchowych rdzenia podczas czynności występują zmiany niewątpliwe. Zmiany te w pierwszym rzędzie dotyczą ciałek chromatynowych Nissla, które tracą zwykłą swą postać bryłkowatą, zaródź komórki staje się drobnoziarenkowatą.

Zmiana ta początkowo pojawia się na obwodzie komórki i około jądra, poczem stopniowo obejmuje całą komórkę. W ten sposób i jądro wydaje się, jakby posypane drobnym pyłem. Ztąd podług autora, wypływa wniosek, że w istocie chromatynowej komórki tkwi zapas jej energii czynnościowej.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Dehio: **O leczeniu trądu surowicą.** *(Russkij archiw patołogii* etc., 1898, V, Z. 5). D. powtarzał doświadczenia z leczeniem trądu surowicą, które w r. 1896 ogłosił Caras-

quilla (z Kolumbii). Wstrzykiwał on mianowicie zdrowym koniom podskórnie surowicę krwi ludzi trędowatych w odstępach 10—14 dniowych, a po 5 wstrzyknięciach zbierał surowicę z owych koni. Tę surowicę końską wstrzykiwał D. 19 trędowatym w dawce 1—5, a później 5 do 15 cm. sześć. w ciągu dwóch miesięcy, a nawet dłużej. Wstrzykiwania te, po których następował mierny odczyn gorączkowy, trwający dobę lub półtorej, znosili chorzy wogóle dobrze; jednakże stan chorych w niczem się przez nie nie polepszał. Sam Carasquilla podaje zresztą, że nie uzyskał nigdy wyleczenia, lecz tylko polepszenie; otóż takie przejściowe polepszenia spostrzegał Dehio u trędowatych także po zastósowaniu tuberkuliny. Ponieważ zaś wiadomo, że podobne działanie, jak tuberkulina, wywierają także inne wyciągi z hodowli rozmaitych drobnoustrojów, czyli, że zależy ono głównie, jak sądzi Dehio, od zawartych w takich wyciągach albumoz i peptonów, nie zaś od jakichś swoistych antytoksyn, więc D. przypuszcza, że surowica Carasquilli zawierała właśnie podobne składniki, zupełnie zresztą dla bakteryj trądu nie swoiste. Surowica zaś D. nie zawierała ani żadnych bakteryj, ani albumoz, i tem tłómaczy sobie on jej najzupełniej ujemne działanie na ustrój trędowatych. *X.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Acidum β-naphtalinsulfonicum. Przetwór, używany przez Rieglera, jako odczynnik na białko.

Acidum picronitricum, środek znany już w chirurgii, w leczeniu ran, wrzodów i oparzelin. Debuchy zwraca uwagę, że kwas ten działa dopiero po zaschnięciu, a że na to potrzeba 24 godzin, więc nie powinno się zmieniać opatrunku wcześniej, jak po 3 do 8 dniach. Używają go także, jako środka tamującego krwotoki (Haemophilia) i przy operacyach po sprawach zakaźnych. Loloutre leczy oparzenia rogówki mieszaniną 20% kokainy i równej ilości tegoż kwasu, zapuszczając 3 razy dziennie po 3 krople do oka.

Rochon usuwa w 7 dniach pępowinę, owijając ją w tym czasie 2—3 razy watą, napojoną 0,5% roztworem kw. pikrynoazotowego.

Plamy żółte, powstałe na rękach i na bieliźnie przy używaniu tego środka, usuwa się ciastem (pastą) z węglanu litowego i wody.

Airol, znany i polecany w chorobach oczu pod postacią proszku, lub 5—10% maści szczególnie w śluzoropotoku noworodków.

Löblowitz leczy airolem i równocześnie plastrem rtęciowym kiłowe pierwotne owrzodzenia, kilaki i dymienice. Cassan stosuje go w zapaleniu macicy przez 2—4 tygodni w postaci tamponów, napojonych mięszanką 20% airolu z gliceryną. Domemo Fornara używa go w trądzie. Równocześnie jednak Aemmez ostrzega przed zatruciem, które spostrzegał po wstrzyknięciu 35 grm. 10% mięszanki airolu z gliceryną do jamy ropnia, a które miało wszelkie cechy ostrego zatrucia bismutem.

Amyloform, połączenie formaliny ze skrobią, środek antyseptyczny, niedrażniący skóry i nie wywołujący objawów ubocznych. Löwenthal stosuje go z powodzeniem w biegunce.

Gdy jednak trudna rozpuszczalność amyloformu ogranicza jego zastósowanie szczególnie w leczeniu ran, poleca Classen Dextroform, połączenie formaldehydu z dekstryną, w wodzie i glicerynie rozpuszczalne, które nadaje się dobrze do przestrzykiwań w postaci 5—10% wodnego roztworu w leczeniu ropnych wysięków opłucnej. Podawać go także można w ropnych nieżytach pęcherza.

Anesonum (Anesin) $HO.C(CH_3)_2CCl_3 + 1\frac{1}{2}H_2O$, czyli $1\frac{1}{2}$% wodny roztwór chloroformu acetonowego, polecany jako środek miejscowo znieczulający, odpowiadający 2% roztworowi kokainy, a o tyle go przewyższający, że ani miejscowego zadrażnienia, ani ogólnego zatrucia nie powoduje. Polecają go do znieczulań dentystycznych, przy wyjmowaniu obcych ciał z oka, także w mniejszych zabiegach chirurgicznych.

Anilipyrinum, proszek biały, w wodzie łatwiej rozpuszczalny niż antyfebryna i antypiryna, a powstaje przez stopienie jednego równoważnika antyfebryny i dwu równoważników antypiryny. Podają ją w grypie, ostrym gośccu stawowym, migrenie i innych nerwobólach.

Zapisuje się:

Rp.: *Anilipirini 0,5—1,00*
Dentur tales doses Nr. VI. ad chartas ceratas.
S.: *2—3 proszków dziennie zażyć.*

Apiolin, stósowany z dobrym skutkiem w miesiączkowaniu bolesnem (Dysmenorrhoea), w kapsułkach po 0·2 grm., przez 3 dni po 3 dziennie, przed wystąpieniem miesiączki.

Arecolinum hydrobromicum, środek przez Amilkara Bietti stosowany w jaskrze zamiast eseryny, gdyż działa energiczniej zwężająco na źrenicę; zwężenie to jest jednak krótkotrwałe.

Argentol (Argentum chinaseptolicum) $C_9H_5N.OHSO_3Ag$, proszek żółty, lekki, w wodzie łatwo się rozpuszczający, rozpada się, jak Credé podaje, przy gotowaniu w wodzie i wobec ciał zakaźnych na antyseptycznie działającą oksychinolinę i srebro metaliczne. Stósowany w chorobach skóry, w postaci maści, jako zasypka na owrzodzenia kilowe i atoniczne, rany, i ziarninę, pod postacią zawiesiny w rzeżączce.

Hydrargyroseptol (Hydrargyrum chinaseptolicum), związek rtęciowy odpowiadający argentolowi jest masą, do żółtka kurzego podobną, bez woni, w wodzie się strącającą, zapewne znajdzie zastósowanie w leczeniu kiły.

Argentum sulfophenylicum jest to delikatny proszek krystaliczny, w wodzie łatwo rozpuszczalny, zawierający do 30% srebra metalicznego. Na świetle rozkłada się na fenol i metaliczne srebro. Podobnie jak wszystkie sole srebra posiada własności antyseptyczne, a nie działa żrąco; lepszym jest od azotanu srebrowego, a rozpuszczalnością i stałością przewyższa inne nowe związki srebra. Polecają go w leczeniu chorób oka i w chirurgii.

Asaprol, środek świeżo przez Bucka polecany w leczeniu podostrego zapalenia stawów, przewlekłego gośćca mięśniowego, bólów mięśniowych i różnych nerwobólów. Lepszym ma być od salicylanu sodowego, gdyż nie wywołuje żadnych ubocznych objawów ze strony serca i żołądka.

Aseptol (Acidum orthophenolsulfonicum) $C_6H_4(OH)SO_3H$ (1:2). Przetwór higroskopijny, więc w handlu tylko w postaci $33\frac{1}{3}$% roztworu się znajduje. Jako taki, jest płynem brunatnym mięszającym się z wyskokiem i wodą, o c. g. nieco większym niż ta ostatnia. Dotąd używany jako środek antyseptyczny, a obecnie polecany jako odczynnik na barwiki żółciowe i białko w moczu.

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

VI.

W klinicznym zakresie chorób nerwowych zajmowano się w ostatnich czasach najwięcej padaczką i wiądem rdzenia; oczywiście królowa nerwic, histerya, zbiera w swej stolicy regularnie należną sobie daninę.

Do sporej już liczby równoważników („ekwiwalentów") napadów padaczkowych dorzucił Lemoine nową postać (S. B.), spostrzeganą przez siebie przedewszystkiem u dzieci; napad objawia się nagłym bólem w dołku podsercowym, poczem następują nudności i wymioty, niekiedy utrata przytomności; po napadzie chory zapada w głęboki sen. Napady te występują zazwyczaj naprzemian z napadami typowych drgawek padaczkowych; brom działa korzystnie. Pozostając w zakresie padaczki typowej, stara się natomiast Féré (S. B.) wzbogacić jej symptomatologię; stwierdził on rzadkość skrzyżowanego odruchu kolanowego (skurcz mięśni uda, występujący często na drugiej nodze równocześnie z odruchem nogi badanej) u epileptyków (tylko 24 razy na 143 chorych); dalej zawiadomił o ciekawem spostrzeżeniu, w którem po napadzie padaczkowym znikały skojarzone ruchy oczu, aż do chwili przebudzenia się chorego. Stwierdziwszy wreszcie, że działanie atropiny jest silniejsze i szybsze zaraz

po napadzie padaczki, niż zazwyczaj, że zatem istnieje wówczas rodzaj porażenia tęczówki, sprzyjający rozszerzeniu źrenicy, a z pewnością niezależny od stosunków krążenia w korze mózgowej, powołuje się Féré na to zjawisko, jako na dowód, że nie wszystkie rodzaje porażeń, pojawiających się po napadzie, odnosić należy do niedokrewności mózgu, jak to niektórzy badacze utrzymywali. W leczeniu padaczki radby Maurice de Fleury (Acad. M.) zastósować, obok bromu i środków dyetetycznych, przepłókiwania żołądka i jelit i t. d. O leczeniu chirurgicznem padaczki w Paryżu przycichło (oprócz oczywiście padaczki tak zw. korowej); natomiast w Lugdunie okazał Jaboulay wytrwałość w kolejnych trepanacyach w jednym przypadku, w którym drgawki ogólne występowały naprzemian z napadami częściowymi (przykurczenie ramienia z utratą przytomności), a można je było wywołać także przez ucisk na prawe oko; po trzeciej operacyi wielkie napady samoistne wprawdzie znikły; jednakże ucisk na oko wywołuje je po dawnemu, a napady częściowe utrzymują się w dawnej sile i częstości; wobec tego ma Jaboulay ochotę próbować zabiegu na nerwach ocznych.

Histerya była dwukrotnie przedmiotem rozpraw w Towarzystwie dermatologicznem. Fournier przedstawiał 23-letniego chorego, jednego z dwojga pozostałych przy życiu z 14 rodzeństwa, u którego aż do 15 roku życia pojawiały się napady histeryczne, później zboczenia umysłowe, a obecnie istnieje połowicze porażenie i znieczulenie ze znamiennemi zaburzeniami w zakresie zmysłów. Opierając się na tem, że u chorego tego, oprócz znanej zmiany Hutchinsonowskiej, istnieje głuchota, w następstwie obustronnego cierpienia ucha środkowego, że przechodził on miąższowe zapalenie rogówki i dotknięty jest wyroślami kostnemi na podudziu, uważa F. przedstawiony przez siebie przypadek za typowy przykład histeryi, wywołanej przez kiłę dziedziczną. Ponieważ dyskusya, związana z tym przypadkiem, przeniosła się odrazu na ogólniejsze pole przejawów kiły dziedzicznej, przeto jej tu nie przytaczam.

Powtórnie zajmowano się w Tow. dermat. histeryą z powodu przypadku wielokrotnej, rzekomo histerycznej, zgorzeli, który przedstawił Balzer. Chora 21-letnia, przed czterema laty cierpiała na rozmaite zboczenia natury histerycznej; od dwóch lat pojawił się sześciokrotnie w rozmaitych miejscach skóry rumień (erythema), poczem w miejscach tych tworzyły się pęcherze, pozostawiając po sobie blizny. Ażeby wyjaśnić nareszcie sporną dotąd sprawę tak zw. zgorzeli histerycznej, odnoszonej przez wielu badaczy do zwykłej symulacyi, poddał B. swoją chorą jak najściślejszemu nadzorowi. Nie zdołano jednak ani stwierdzić, że chora samowolnie się uszkodziła, ani też badaniem chemicznem wykazać śladów jakiegokolwiek środka drażniącego w zajętych miejscach skóry. W dyskusyi zauważył Barthélemy podobieństwo przedstawionego przypadku do spostrzeżenia Renauta (z Lugdunu), podkreślając wątpliwości rozpoznawcze, jakie się w tych razach nasuwają, zgodnie z samym Balzerem, jakoteż Jacquetem i Thibiergem, który podniósł, że zmiany występowały tylko w okolicach ciała, dających się łatwo dosięgnąć ręką. W ten sposób sprawa głębokich i trwałych zaburzeń troficznych wogóle pozostaje w histeryi nadal nierozjaśnioną; wątpliwościom bowiem, czy zmiany tego rodzaju wogóle w histeryi istnieją, coraz nowe zdają się przybywać podstawy. I tak n. p. ciekawym w tym kierunku przyczynkiem było spostrzeżenie, przytaczane już dawniej przez jednego z paryzkich neuropatologów, jako klasyczny przykład histerycznego zaniku mięśniowego, które obecnie było treścią jednego z ostatnich wykładów klinicznych Babińskiego. Dotyczący chory, dotknięty został przed laty, natychmiast po urazie w okolicę karku i lewego ramienia, porażeniem kończyn górnych i dolnych, w ślad za którem rozwijać się począł lekki zanik mięśni przedramienia i ręki lewej. Ponieważ równocześnie istniały wybitne „znamiona“ histeryi w tej klasycznej postaci, jaką opisują wszystkie podręczniki, przeto nie ważano się całej reszty objawów odnieść do samej tylko nerwicy. Jakoż istotnie porażenie, a razem z niem i inne objawy histeryczne, ustępować poczęły; dziś jednak, po upływie lat kilku, gdy już wszystkie objawy nerwicy „urazowej“ zupełnie i oddawna zniknęły (jak wiadomo, szkoła Charcotowska nie uznaje prawie odrębnych nerwic urazowych, odnosząc je do histeryi), pozostały mimo to zaniki mięśniowe, przybrawszy tymczasem wysoki stopień i wszystkie cechy nieuleczalnych skutków głębokiego obrażenia splotu barkowego. W danym razie widocznie więc istniało skojarzenie zmiany organicznej z histeryą, jakie wielokrotnie w ostatnich czasach, naprzód we Francyi, a później i w Niemczech, opisywano; być może, że coś podobnego wykaże dłuższe spostrzeganie i w innych podobnych przypadkach.

Wogóle zajmuje tu histerya nietyle w towarzystwach lekarskich, ile w wykładach klinicznych, bardzo pokaźne, może za pokaźne miejsce, choć nie zawsze zdarzają się przypadki tak ciekawe, jak ów Babińskiego, lub tak znamienne dla patogenezy histeryi, jak ten, podobno jeden z rzadszych, który przedstawiał niedawno w czasie swego wykładu Déjerine. W ciągu leczenia zwykłego przykurczenia histerycznego lewej górnej kończyny wystąpiła mianowicie, jeśli tak powiedzieć można, dyssocyacya objawów chorobowych; powróciły bowiem zupełnie swobodne ruchy dowolne i bierne palców i ręki w stawie nadgarstkowym; natomiast w stawie łokciowym i barkowym utrzymywała się jeszcze czas jakiś sztywność. Zupełnie analogiczny przypadek spostrzegał też świeżo Gerest w Lugdunie z tą tylko różnicą, że istniało nie przykurczenie, lecz porażenie kończyny górnej i że pod wpływem faradyzacyi powróciły w zupełności czynne i bierne ruchy wielkiego palca; porażenie zaś innych palców mimo to nadal się utrzymywało. Oczywiście działanie faradyzacyi polegało w tym przypadku, jak zwykle, głównie na pewnego rodzaju poddawaniu (suggestyi), które w histeryi pozostanie chyba najpotężniejszym czynnikiem leczniczym; na wielką doniosłość tych wpływów moralnych (ochrzczonych niezbyt szczęśliwie nazwą „poddawania na jawie“), zwraca swoim słuchaczom ze szczególnym naciskiem uwagę Déjerine, osiągnąwszy, bez uciekania się do hipnotyzmu, znakomite wyniki, zwłaszcza u osób młodych i w przypadkach świeżych, zapomocą leczenia psychicznego i odosobnienia, zalecanego zresztą już oddawna gorąco przez Charcota. Odosobnienie to przeprowadza zresztą Déjerine na swoim oddziale w sposób bardzo prosty, pozostawiając chorą na wspólnej sali szpitalnej w łóżku za zasuniętemi firankami i niedozwalając nikomu z nią rozmawiać; tylko w uporczywych przypadkach zamyka chore na dobę i t. p. w przyciemnionym osobnym pokoju. Postępowanie to, możliwe przy karności i inteligencyi chorych, dobrze wyćwiczonej służbie i obfitości miejsca w szpitalach, gdzieindziej wymaga osobnych zakładów.

Ciekawy kontrast z przyjętem dziś wszędzie odosobnianiem histeryczek stanowi postępowanie na niektórych tutejszych oddziałach psychiatrycznych z obłąkanymi. Rozszerzenie zasady „no restreint“ do ostatecznych granic, które jest zdobyczą istotnie nowoczesną i prawdziwie ludzką, a w którego możliwość wielu jeszcze poważnych psychiatrów (jak u nas n. p. Erlicki) niezupełnie wierzy, zdaje się tutaj nie tylko wykonalne, a przytem bardzo korzystne. Na oddziale Magnana, gdzie skupiają się prawie wszystkie ostre przypadki z całego departamentu Sekwany, bo inne oddziały są przedewszystkiem przeznaczone dla przypadków przewlocznych lub nieuleczalnych, rozsyłanych z oddziału Magnana (centralne „biuro przyjęcia“), widzi się wszystkich chorych podnieconych we wspólnej sali, bez kaftanów, nie przymocowanych wcale do łóżek, których nieopuszczać uczą się bardzo prędko. W kąpieli mają chorzy najzupełniejszą swobodę ruchów, a szyje ich wolne są od obroży, jaką stanowi otwór wycięty dla głowy w metalowej przykrywie wanny, używanej tu jeszcze gdzieniegdzie „dla bezpieczeństwa“. Odosobnienia w celkach umyślnie zbudowanych Magnan wcale

obecnie nie używa, obróciwszy te pokoje na inny użytek; w oknach niema nigdzie krat. A podobno wobec tego wszystkiego nie zdarzają się teraz przypadki tak gwałtownego szału, jak dawniej; chorzy, z którymi w odosobnieniu nie można było sobie dać rady, łagodnieją we wspólnej sali, leżąc w łóżkach, prawie do niepoznania, a podniecenie maniackie, nie przechodząc miernego stopnia, trwa kilka godzin u tych, u których w odosobnieniu ciągnęło się przez dni kilka. Prawda, że na oddziale Magnana, oprócz inteligentnego świeckiego nadzoru, przypada wyborowa posługaczka lub dobry posługacz na 3 do 4 chorych.

Podobnie jak o histeryi, słyszy się tu o wiądzie rdzenia więcej w szpitalach, niż na posiedzeniach towarzystw. Ulubionym tematem są przedewszystkiem trudności rozpoznawcze w tych przypadkach, w których brakuje pewnej części znamiennych, klasycznych objawów klinicznych w okresie, poprzedzającym bezład, owe coraz częściej opisywane „formes frustes", w początkach nieraz zupełnie nie przywodzące na myśl właściwego cierpienia. Niedawno Rendu przedstawił swoim słuchaczom chorą, u której, przed wystąpieniem niezborności ruchów i bólów przeszywających, istniały tylko zaburzenia pęcherzowe, naprowadzające z początku na błędne przypuszczenie miejscowego cierpienia pęcherza. U chorej tej zresztą niema objawu Argyll-Robertsona i odruchy kolanowe istnieją; (podobne przykłady zachowania odruchów kolanowych przedstawiano kilkakrotnie w towarzystwach lekarskich w roku zeszłym). W drugim przypadku Rendu obraz wiądu rdzenia ze znaną trójcą objawów wczesnych, powikłany był drżeniem kończyn, trwającem od szeregu lat, nader podobnem do drżenia w rozsianem stwardnieniu rdzenia, a stopniującem się w miarę występowania objawów wiądu, i krwotokami żołądkowymi bez wykazalnych klinicznie innych zmian chorobowych tego narządu, a w końcu postawą i chodem, spotykanymi w chorobie Parkinsona. Jeden z sobotnich wykładów Babińskiego odnosił się do chorej, u której brakło również części objawów, uważanych za znamienne, a rozpoznanie utwierdziło się dopiero przez charakterystyczne zmiany w stawie kolanowym („arthropathia tabidorum"). Jak trudne zresztą bywa w podobnych przypadkach rozpoznanie, dowodzi spostrzeżenie Hartmana (Soc. Chir.), w którem tabetyczne cierpienie stawu udowego długi czas brano za mięsaka górnej części kości udowej. Przy tej sposobności należy wspomnieć o spostrzeżeniu Hirtza (S. m. H.), który poraz, jak się zdaje, pierwszy, opisał niezwykłe umiejscowienie tabetycznego cierpienia stawów, mianowicie w *articulatio metatarso-phalang*.

Do niezbyt częstych zjawisk mają należeć również zaniki porażenne mięśni kończyn w okresie wiądu, poprzedzającym bezład; do 7 opisanych przez siebie przypadków dodał Déjerine w jednym z wykładów ósmy, dotyczący 44-letniej kobiety, u której zresztą rozpoznanie, wobec braku objawów ocznych i słabo zaznaczonego objawu Romberga, opierało się na braku odruchów kolanowych, zaburzeniach pęcherzowych i przebytych bólach przeszywających. Zanik dotyczył mięśni zaopatrywanych przez n. podkolanowy zewn. nogi lewej. Dejerine nie uważa tych zaników porażennych wczesnych okresów wiądu za bezwzględnie nieuleczne, stwierdziwszy kilkakrotnie bardzo wprawdzie powolne, ale stanowcze polepszenie pod wpływem elektryczności.

Skojarzenia wiądu rdzenia z innemi chorobami nerwowemi (nie mówiąc już o histeryi), zwłaszcza z porażeniem postępującem, opisywano wprawdzie niejednokrotnie[1]), jednakże przypadek, któremu świeżo Babiński jeden swój wykład poświęcił, zdaje się, jako pewnego rodzaju rzadkość, zasługiwać na wzmiankę, ponieważ objawy chorobowe (zaburzenia oczne, przedewszystkiem zmiany dna oka) pojawiać się zaczęły wyjątkowo wcześnie, prawie jeszcze w dzieciństwie, a jako czynnik przyczynowy bardzo prawdopodobną była dziedziczna kiła. Chora, licząca dzisiaj lat dwadzieścia, przedstawia, obok klasycznych objawów wiądu, zaburzenia mowy i zboczenia psychiczne, znamienne dla porażenia postępującego. Raymond poświęcił kilka wykładów rozbiorowi stosunku wiądu do syringomyelii, z powodu ciekawego skojarzenia obu tych cierpień w jednym przypadku, podobnym do dawniej opisanych spostrzeżeń Schlesingera. W przypadku tym wystąpiły przed 4 laty bóle przeszywające w nogach, później zaburzenia pęcherzowe i oczne, osłabienie mięśniowe, niezborność ruchów, zniesienie odruchów kolanowych i t. p. Dopiero później, wskutek silnego urazu w okolicę karku (upadek), zauważono pojawienie się oznak syringomyelii: znamiennego rozszczepienia czucia, zaników mięśniowych na rękach i przedramionach i t. p. i na tej to kolejności objawów opiera R. rozpoznanie skojarzenia wiądu z syringomyelią, sądząc, że uraz mógł być powodem tej ostatniej, wśród rozwijającego się już dawniej wiądu. Trudność rozpoznawcza polega w podobnych przypadkach na tem, że chociaż w istocie niema skojarzenia obu chorób, jedna z nich może poniekąd przybierać kliniczną postać drugiej. I tak może syringomyelia przybierać postać wiądu, jeżeli zajmuje tylne sznury rdzenia w okolicy szyjnej lub górnej piersiowej, jak również trudno uniknąć pomyłki z pewnemi postaciami wiądu, jeżeli przez syringomyelię zajęty jest rdzeń przedłużony, lub wikła się ona z wodogłowiem (Schlesinger). Z drugiej strony zdarzają się przypadki wiądu z rozszczepieniem czucia (Parmentier, Raymond), chociaż rozszczepienie to różni się wówczas od tego, jakie istnieje w syringomyelii. Zdaniem R., jedynie znamiennem dla syringomyelii jest zniesienie czucia bólu i cieplnego, z zachowaniem dotykowego. Zauważył przytem R., że w histeryi zdarza się rozszczepienie czucia, najzupełniej takie samo, jak w syringomyelii, jak z drugiej strony bywa i w tej ostatniej zniesienie wszystkich rodzajów czucia; ta uwaga jest zresztą tylko potwierdzeniem rzeczy dawniej już niejednokrotnie opisywanych.

Dr. Ciechanowski.

[1]) por. Nageotte. Tabes et paralysie générale. Thèse. Paris 1893.

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie za I. półrocze b. r. z wyników ochronnego leczenia wodowstrętu metodą Pasteura przy uniwersyteckim Zakładzie higieny w Krakowie.

W półroczu tem leczono 145 osób, z których tylko jedna, mianowicie Katarzyna Konieczna, l. 24 licząca, wieśniaczka z Rożniat, powiatu mieleckiego, pokąsana w dniu 9 Kwietnia przez psa wściekłego w policzek lewy, oraz w górną lewą powiekę, zmarła na wodowstręt. Leczenie rozpoczęto zaraz po jej przybyciu, w d. 10 kwietnia; ukończyła zaś leczenie w d. 22 kwietnia. Zmarła dnia 2 maja, 1898 r.

Odsetek śmiertelności wynosiłby zatem w tem półroczu 0.69%.

Wykaz liczbowy tych 145 osób ze względu na rodzaj pokąsania.

Pokąsania:	A.	B.	C.	D.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	3	6	2	—	11
w kończyny górne	17	42	21	1	81
w tułów i kończyny dolne . .	8	39	6	—	53
w ciało gołe	19	50	14	1	84
przez ubranie	9	37	15	—	61
Liczby ogólne	28	87	29	1	145

Zwierzęta kąsające były: w 133 wypadkach psy, w 10 wypadkach koty, w 2 wypadkach koń.

UWAGA. Rubryka *A*. oznacza pokąsania przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły próbne szczepienia cząstki ich mózgu królikom (*sub duram*). Rubryka *B*. oznacza pokąsania przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska. Rubryka *C*. — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę. Rubryka *D*. — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, jednak zaszczepione cząstką ich mózgu króliki, nie padły na wściekliznę. *O. Bujwid.*

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 11 Sierpnia.

* W niemieckiem mieście Barmen nastąpiła zmowa lekarzy, którzy oświadczyli, że nie będą nadal pełnić obowiązków w Kasie chorych robotników, jeśli zarząd Kasy nie podniesie im bajecznie nizkiej zapłaty. Pewna część miejscowych dzienników rozumuje, że od lekarzy także można i należy żądać pewnych ofiar, skoro chodzi o instytucyę społeczną i dobroczynną. Rozumowanie takie z gruntu jest błędne i niesprawiedliwe: nasamprzód nie wolno od kogoś żądać ofiar, jeśli go na nie nie stać i gdy on wyraźnie oświadcza, że sam jest w niedostatku; nie mniej nie jest wolno, nawet w celach dobroczynnych, wyzyskiwać jednego zawodu, zubożać go i pozbawiać środków materyalnych do utrzymania się na tej stopie intelektualnego życia, której wymaga jego zawód, jego codzienna czynność. Był czas, kiedy od lekarzy można było żądać ofiarnej działalności; dziś jednak, gdy parlamenty i rządy nałożyli na stan lekarski podatek krwi i mienia, na równi z każdym innym zawodem, zepchnięci z wywyższonego stanowiska w tłum szary, lekarze utracili, co najmniej, obowiązek ofiarnego służenia społeczeństwu.

Podnosząc formalną stronę tej sprawy, żywimy jednak głębokie przekonanie, że od wieków wyrobiony typ lekarza-altruisty i dalej trwać będzie i że zasady społeczne i uczucia filantropijne nigdy nie przestaną zdobić jego działalności; ale to jego dobra wola, wyższość powołania, moralna przewaga, a nie logiczne następstwo warunków, które lekarzowi prawo i społeczeństwo dziś narzuciły.

* Minister oświaty, zatwierdzając uchwałę Wydziału lekar. Uniw. Jagiell., nadał Dr. Włodzimierzowi Sieradzkiemu *veniam legendi* z sądowej medycyny.

* Szanownej Redakcyi „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego" składam uprzejme podziękowanie za ofiarowane Bibliotece Tow. lek. krak. liczne poszyty „Pamiętnika", uzupełniające nasz zbiór sposobem zamiany.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

* Prawo obowiązkowego szczepienia limfy ochronnej przeciw ospie doznało uszczerbku w samej ojczyznie Jennera. Parlament angielski uchwalił, ażeby rodzice dziecka nieszczepionego, jeśli przed upływem 4-go miesiąca życia dziecka wyznają przed trybunałem, że są sumiennie przekonani o szkodliwości szczepienia, nie byli pociągani do odpowiedzialności. Uchwała ta będzie jeszcze roztrząsaną przez Izbę lordów, ale małe są widoki, ażeby została odrzuconą; Anglicy, w zamiłowaniu osobistej wolności, często dla niej poświęcają dobro publiczne: obok powyższej uchwały parlamentu, godzi się przypomnieć, że Angielki, z tak zw. wyższego świata, w imie zasady osobistej wolności, zwalczają kontrolę administracyjną i sanitarną nad kobietami publicznemi.

* XII Zjazd Stowarzyszenia francuskich chirurgów rozpocznie się 17 października b. r. pod przewodnictwem prof. Le Dentu. Zjazd będzie miał do roztrząśnięcia następujące dwa zagadnienia: 1) O nefrotomii — referenci: Guyon i Albarran i 2) Leczenie wola — referent Reverdin. Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz generalny, Dr. L. Piquet (*Paris, rue l'Isly, 8*).

* Zjazd Stowarzyszenia urologów francuskich odbędzie się w Paryżu od 20 do 22 października b. r. pod przewodnictwem Guyona.

* W Petersburgu odbędzie się między 12 a 16 grudnia b. r. Zjazd rosyjskich klimatologów, hidrologów i balneologów.

Mianowani: Dr. Karol Baas — prof. nadzw. okulistyki w Hejdelberdze. Prof. nadzw., Artur Heffter, — profesorem zwyczajnym farmakologii w Bernie. Dr. Rieder, — profesor nadzwyczajny elektroterapii, w Mnichowie.

* Donoszą nam ze Stanisławowa, że Dr. Leonard Chołowiecki założył w tem mieście pracownię chemiczno-drobnowidową do badań klinicznych. Gdy się zważy, jak niezbędnemi są tego rodzaju badania w praktyce lekarskiej, wyznać należy, że pomysł Dra Ch., założenia takiej pracowni zdala od ognisk uniwersyteckich, jest nader szczęśliwy.

Nekrologia. Dr. Juliusz Kwaśniewski, b. inspektor lekarski gub. lubelskiej i b. prezes Towarz. lekar. w Lublinie, zmarł w Warszawie w 64 roku życia. Dr. Oton Krassowski, lekarz marynarki rosyjskiej, zmarł w 62 roku życia. Dr. Francesco Trombetta prof. kliniki chirurg. w Messynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 31): Gabszewicza: Ś. p. Alfred Obaliński (wspomnienie pośmiertne). Dra Rosenthala J.: Przypadek krwisteku śródmacicznego w rogu prawym macicy dwurożnej (dok.). Dra Brunnera M.; O najnowszych postępach na polu rentgenografii i rentgenoskopii (dok.). W *Medycynie* (Nr. 31): Dra Tuchendlera A.: Rak pierwotny płuca. Dra Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (ciąg dal.). W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 14): Prof. Dra Domańskiego: Zdziedziny ubezpieczenia od przypadków. W *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* (Zeszyt II, 1898): Dra Luxemburga J.: Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. Dra Sokołowskiego A.: Kamienie nerkowe niezwykłego składu i wielkości. Dra Stróżewskiego K.: Słów kilka w kwestyi leczenia wiądu rdzeniowego. Dra Sunderlanda J.: 220 przypadków zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy, pochodzenia poporodowego. Dra Zahorskiego W.: Zarys dziejów ces. Towarz. lekar. w Wilnie (1805—1897). Dra Sawickiego J. W.: Falowanie nerwowe, jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego (c. d.). W *Nowinach lekarskich* (Nr. 7 i 8): Ś p. prof. Alfred Obaliński (wspomnienie pośmiertne). Dra Rychlińskiego K.; Z kazuistyki psychiatrycznej. W *Medycynie* (Nr. 32): Dra Leśniowskiego: Alfred Obaliński (wspomnienie pośmiertne). Dra Gepnera B. (syna): W sprawie ropnego zapalenia łącznicy noworodków. Dra Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Krytyce lekarskiej* (Nr. 8): Dra Kramsztyka Z.: Trudności klinicznego badania jaglicy. Dra Sterlinga W.: Z fizyologii i patologii muzyki (c. d.). W *Zdrowiu* (zeszyt 155): Dra Sterlinga S.: Czego nas uczy statystyka śmiertelności z powodu suchot płucnych. Dra Bulikowskiego S.: Jeszcze słów kilka o potrzebie upaństwowienia przepisów profilaktycznych, przeciwko gruźlicy skierowanych. Dr. Baron de Lenval: Postęp praktyki sanitarnej. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 32): Dra Higiera H.: Jak się zachowują zmysły właściwe przy znieczuleniu twarzy? Dra Rupperta H.: Z kazuistyki zabiegów operacyjnych przy zaniedbanem poprzecznem położeniu płodu.

Redakcya otrzymała:

— Sprawozdanie XVI z czynności Komitetu, zarządzającego Kasą im. Mianowskiego za r. 1897. Warszawa, 1898.

— Lista członków kasy im. Mianowskiego w roku 1897 Warszawa, 1898.

— Wspomnienie pośmiertne o członkach Komitetu zarządzającego Kasą imienia Mianowskiego, zmarłych w roku 1897. Warszawa, rok 1898.

— O przyznaniu nagród imienia Jakóba Natansona w 3-ciem czteroleciu. Warszawa, 1898.

— Sprawozdanie z działalności Towarz. kolonij letnich dla dzieci ubogich i słabowitych m. Warszawy za rok 1897.

— Dr. Glück Leopold: Mittheilungen aus der Abtheilung für Syphilis- und Hautkranke des Bosn-Herzog. Landesspitales in Sarajewo. Wiedeń, 1898.

— Dr. Zawadzki Józef: Pogotowie Ratunkowe w Warszawie i zagranicą, 1898.

— Program VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w Poznaniu w r. 1898.

— Zakłady ku podniesieniu zdrowotności w Poznaniu, 1898.

— Przewodnik po Poznaniu i okolicy z ilustracyami i planem, 1898 rok.

— Prof. Dr. Kleczyński J.: Statystyka m. Krakowa, 1898.

— Dr. Krokiewicz A.: Zur Erlich'schen Diazoreaction im Harne. Wiedeń, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**